Washington State Department of Social & Health Services
DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

ANTRAG AUF FESTSTELLUNG DER DDD-LEISTUNGSBERECHTIGUNG

REQUEST FOR DDD ELIGIBILITY DETERMINATION

FOR OFFICE USE ONLY

☐ Initial ☐ Reapplication

DDD NUMBER:

Informationen zum Antragsteller

NACHNAME	VORNAME	ZWEITER VORNAME/INITIALE	GEBURTSDATUM	SOZIALVERSICHERUNGSNR.

ADRESSE	ORT	BND.-STAAT	PLZ

ANSCHRIFT (FALLS ANDERS ALS O. ANG.)	ORT	BND.-STAAT	PLZ	KREIS

TELEFONNR. PRIVAT (einschl. Vorwahl)	SONSTIGE TELEFONNR. (einschl. Vorwahl) ☐ Firma ☐ Mobil ☐ Nachricht	GESCHLECHT ☐ männlich ☐ weiblich

FAMILIENSTAND DES ANTRAGSTELLERS

☐ Geschieden ☐ Getrennt
☐ Verheiratet ☐ Lebensgefährte
☐ Ledig ☐ Verwitwet

BILDUNGSGRAD

☐ 8. Klasse oder weniger ☐ Hochschuldiplom
☐ 9. – 11. Klasse ☐ 6-jähriges Hochschuldiplom
☐ Abitur ☐ Keine Schulbildung
☐ Berufs- oder Fachschule

Hat der Antragsteller einen Vertreter? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, bitte Namen angeben:

GEWÖHNLICHE WOHNUMSTÄNDE DES ANTRAGSTELLERS

☐ Pflegeheim für Erwachsene
☐ Pflegefamilie für Kinder
☐ Gruppenheim
☐ Obdachlos
☐ Gefängnis
☐ Heimunterkunft mit zugelassenem Personal
☐ Alterspflegeheim
☐ Haushalt einer anderen Person
☐ Eigene Wohnung (selbständig):
  ☐ Eigentümer ☐ Mieter ☐ Mietzuschuss
☐ Eigene Wohnung (Ehegatte/Partner)
☐ Eigene Wohnung (mit Kindern)
☐ Eigene Wohnung (mit anderen)
  ☐ Wohnung eines Elternteils
  ☐ Wohnung eines Verwandten
☐ Staatliche Einrichtung, psychiatrisch
☐ Unbekannt

Kontaktperson

NAME	VERHÄLTNIS

ANSCHRIFT	ORT	BND.-STAAT	PLZ

TELEFONNR. PRIVAT (einschl. Vorwahl)	ANDERE TELEFONNR. (einschl. Vorwahl) ☐ Firma ☐ Mobil ☐ Nachricht	E-MAIL-ADRESSE

POSTKONTAKT ☐ Ja ☐ Nein	VERHÄLTNIS / FUNKTION	RECHTLICHES VERHÄLTNIS	LEBT MIT DEM ANTRAGSTELLER ZUSAMMEN ☐ Ja ☐ Nein

BESCHREIBEN SIE DIE BEHINDERUNG UND DAS ALTER, IN DEM SIE AUFTRAT.

UNTERSCHRIFT DES ERWACHSENEN ANTRAGSTELLERS	DATUM

UNTERSCHRIFT DES RECHTSVERTRETERS	RECHTLICHES VERHÄLTNIS	DATUM

EIGENE EINKOMMENSQUELLE DES ANTRAGSTELLERS: **ALLE ZUTREFFENDEN MARKIEREN**

- ☐ Sozial- und Rentenversicherungsleistungen (Social Security)
- ☐ Sozialversicherungszuzahlung (Supplemental Security Income - SSI)
- ☐ Allgem. Unterstützung für Berufsunfähigkeit (General Assistance-Unemployable - GA-U)
- ☐ Bundesstaatliche Zuzahlung
- ☐ Vorübergehende Unterstützung für bedürftige Familien (Temporary Assistance for Needy Families - TANF)
- ☐ Veteranenbehörde (Veteran's Administration)
- ☐ Indianerbehörde (Bureau of Indian Affairs - BIA)
- ☐ Eisenbahnpension
- ☐ Treuhänderfonds
- ☐ Verdientes Einkommen
- ☐ Beamtendienst
- ☐ Keines
- ☐ Sonstiges (unten angeben):

Ist der Antragsteller krankenversichert? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, bitte alle angeben.

Medicare? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja

MEDICARE-NUMMER	ART

A HERKUNFTSCODES (KORREKTEN CODE UNTEN MARKIEREN)

- ☐ **Weiß**

Ureinwohner Amerikas oder Alaskas

- ☐ Eskimo
- ☐ Aleut
- ☐ Amerikanischer Indianer

Asiatisch

- ☐ Indisch
- ☐ Kambodschanisch
- ☐ Chinesisch
- ☐ Filipino
- ☐ Japanisch
- ☐ Koreanisch
- ☐ Laotisch
- ☐ Thai
- ☐ Vietnamesisch
- ☐ **Schwarz oder afrikanisch-amerikanisch**

Ureinwohner von Hawaii/anderen Pazifikinseln

- ☐ Hawaii
- ☐ Samoa
- ☐ Guam
- ☐ **Ureinwohner einer anderen asiatischen/pazifischen Insel**
- ☐ **Sonstige Rasse**
- ☐ **Keine Angabe**

B. Ist der Antragsteller hispanischer Herkunft?

- ☐ Nein
- ☐ Keine Angabe
- ☐ Ja (wenn ja, bitte angeben)
- ☐ Kuba
- ☐ Mexiko/mexikanisch-amerikanisch/Chicano
- ☐ Puerto Rico
- ☐ Sonstige spanische/hispanische Herkunft

HAUPTSÄCHLICHE SPRACHE	SPRICHT ENGLISCH	VERSTEHT ENGLISCH	DOLMETSCHER ERFORDERLICH	ÜBERSETZUNGEN ERFORDERLICH
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ein wenig	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ein wenig	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

A

WICHTIGSTE BEZUGSPERSON, NAME	STRASSE	ORT	BND.-STAAT	PLZ

TELEFONNUMMERN	POSTKONTAKT	VERHÄLTNIS / FUNKTION	RECHTLICHE(S) VERHÄLTNIS / FUNKTION	LEBT MIT DEM ANTRAGSTELLER ZUSAMMEN
	☐ Ja ☐ Nein			☐ Ja ☐ Nein

B

WICHTIGE BEZUGSPERSON, NAME	STRASSE	ORT	BND.-STAAT	PLZ

TELEFONNUMMERN	POSTKONTAKT	VERHÄLTNIS / FUNKTION	RECHTLICHE(S) VERHÄLTNIS / FUNKTION	LEBT MIT DEM ANTRAGSTELLER ZUSAMMEN
	☐ Ja ☐ Nein			☐ Ja ☐ Nein

C

WICHTIGE BEZUGSPERSON, NAME	STRASSE	ORT	BND.-STAAT	PLZ

TELEFONNUMMERN	POSTKONTAKT	VERHÄLTNIS / FUNKTION	RECHTLICHE(S) VERHÄLTNIS / FUNKTION	LEBT MIT DEM ANTRAGSTELLER ZUSAMMEN
	☐ Ja ☐ Nein			☐ Ja ☐ Nein

FÜR PERSONEN VON WENIGER ALS 22 JAHREN

NAME DER SCHULE BZW. DES BETREUUNGSPROGRAMMS	SEIT

ADRESSE	ORT	BND.-STAAT	PLZ	TELEFONNUMMER

NAME DES SCHULBEZIRKS

BEMERKUNGEN

ANTRAG AUF FESTSTELLUNG DER DDD-LEISTUNGSBERECHTIGUNG
ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN

Informationen zum Antragsteller

Der *Antragsteller* ist die Person, für die DDD-Leistungen beantragt werden. Bitte füllen Sie diesen Abschnitt vollständig aus. Wenn der Antragsteller keine Telefonnummer besitzt, bitte *Keine* eingeben.

Kontaktperson

Eine *Kontaktperson* ist eine Person, die mit dem Antragsteller in Verbindung treten oder uns Kontaktinformationen zur Verfügung stellen kann, falls der Antragsteller nicht erreichbar ist. Wenn kein Rechtsvertreter vorhanden ist, ist dies der Name einer anderen Person oder eines Interessenvertreters, der dem Antragsteller helfen kann, wenn dieser zum Zweck der Necessary Supplemental Accommodation (NSA) erscheinen muss, es sei denn, dass der Antragsteller schriftlich erklärt, dass Benachrichtigungen an keine andere Person gesendet werden sollen. (WAC 388-825-100)

Rechtsvertreter

Rechtsvertreter bedeutet: Bei einem Kind unter achtzehn Jahren, ein Elternteil; der Vormund einer Person; eine Person mit beschränkter Vormundschaft, wenn diese zu medizinischen Entscheidungen befugt ist; der Rechtsanwalt einer Person; der de facto Rechtsanwalt einer Person (d.h. eine bevollmächtigte Person, die zu medizinischen Entscheidungen befugt ist); oder eine Person, die gesetzlich befugt ist, für die betreffende Person zu handeln. Wenn der Antragsteller keinen Rechtsvertreter besitzt, lassen Sie diesen Abschnitt leer oder füllen Sie ihn mit ***N/A*** aus.

Gewöhnliche Wohnumstände des Antragstellers

Bitte markieren Sie das Kästchen, das die Wohnsituation des Antragstellers am besten beschreibt.

Beschreiben Sie die Behinderung und das Alter, in dem sie auftrat.

Mit den Antworten auf diese Fragen können wir uns ein besseres Bild über die mögliche Behinderung des Antragstellers machen. Wenn Sie mehr Platz benötigen, verwenden Sie bitte die Formularrückseite oder ein zweites Blatt Papier.

Unterschrift des Antragstellers bzw. Rechtsvertreters

Wenn der Antragsteller unter 18 Jahre alt ist, muss der Antrag von einem Elternteil bzw. dem Rechtsvertreter unterschrieben und datiert werden. Wenn der Antragsteller über 18 Jahre alt ist, muss der Antrag entweder vom Antragsteller oder von seinem Rechtsvertreter unterschrieben und datiert werden.

Einkommensquellen des Antragstellers

Mitte markieren Sie alle, die auf den Antragsteller zutreffen.

Krankenversicherung

Wie ist der Antragsteller (ggf.) krankenversichert? Bitte geben Sie hier die Art der Krankenversicherung an. Wenn der Antragsteller nicht krankenversichert ist, geben Sie hier *Keine* an. Bitte geben Sie die Nummer und Art der Medicare-Versicherung an, wenn der Antragsteller über Medicare versichert ist.

Herkunft des Antragstellers und der nachfolgende Abschnitt **Hispanisch**

Bitte in jedem Abschnitt **nur ein Kästchen ankreuzen**.

Sprache

Bitte geben Sie hier die Hauptsprache des Antragstellers ein, einschließlich Amerikanische Gebärdensprache (ASL) oder eine andere Gebärdensprache, Braille, oder ob der Antragsteller ein TDD oder ein anderes Kommunikationsgerät verwendet. Wenn der Antragsteller einen Dolmetscher benötigt, markieren Sie das entsprechende Kästchen.

Wichtige Bezugspersonen

Wichtige Bezugspersonen sind Personen im Leben des Antragstellers, die für diesen wichtig sind oder die möglicherweise zum Wohlergehen des Antragstellers beitragen. Dies sind z.B. die leiblichen oder Adoptiveltern, Großeltern, Tanten, Onkel, Sozialarbeiter der Abteilung für Kinder und Familien (bei Kindern), Freunde, Interessenvertreter und Vormunde. Wenn Sie nicht sicher sind, was Sie hier unter „rechtlich" angeben sollen, können Sie **Unbekannt** eingeben. Wenn eine Vormundschaft besteht, benötigen wir Kopien des Vormundschaftsurteils. Wenn der Antragsteller adoptiert wurde, benötigen wir Kopien der rechtlichen Adoptionsunterlagen.

Schule/Betreuungsprogramm

Alle Programme, an denen der Antragsteller täglich teilnimmt, z.B. Frühförderungsprogramme, Schule und andere Programme. Wenn der Antragsteller nicht täglich an externen Programmen teilnimmt, geben Sie hier *N/A ein.*

Weitere Bemerkungen

Sie können dieses Feld leer lassen oder weitere kurze Bemerkungen eingeben, wenn Sie der Meinung sind, dass dies zur Feststellung der Leistungsberechtigung dienlich ist.

Liste erforderlicher Anlagen

- ☐ Vollständig ausgefüllter, unterschriebener Antrag.
- ☐ Kopien medizinischer und psychologischer Untersuchungen, aus denen die Behinderung des Antragstellers hervorgeht.
- ☐ Unterschriebenes Formular *Einwilligung zum Austausch vertraulicher Informationen (Consent to Exchange Confidential Information)* – bitte Adressen und Telefonnummern der Ärzte nicht vergessen.
- ☐ Fotokopie eines Belegs, dass der Antragsteller im Staat Washington ansässig ist (z.B. Strom- oder Gasrechnung, Wählerregistrierung o.ä.). Wenn es sich beim Antragsteller um ein Kind handelt, Beleg der Einwohnerschaft des sorgeberechtigten Elternteils.
- ☐ Unterschriebenes HIPAA-Formular (*Datenschutzerklärung*).
- ☐ Ggf. Kopie der Sozialversicherungskarte bzw. Dokumentation der Sozialversicherungsnummer.
- ☐ Kopie des vom Gericht angeordneten Erziehungsplans (gegebenenfalls).
- ☐ Kopie der Vormundschaftsdokumente (gegebenenfalls).
- ☐ Kopie der Geburtsurkunde bzw. rechtlichen Adoptionsunterlagen.

Dieser Antrag kann nur angenommen werden, wenn alle erforderlichen Anlagen beigefügt sind. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die zuständige DDD-Stelle.

Die gebührenfreien Rufnummern lauten wie folgt:

Region 1	Spokane	1-800-462-0624	Region 4	Seattle	1-800-314-3296
Region 2	Yakima	1-800-822-7840	Region 5	Tacoma	1-800-248-0949
Region 3	Everett	1-800-788-2053		Bremerton	1-800-735-6740
	Bellingham	1-800-239-8285	Region 6	Tumwater	1-800-339-8227
				Vancouver	1-888-877-3490